

El registre de càncer colo-rectal de Mallorca*

Grup D'Estudi del Càncer Colo-rectal**

REGISTRES OF COLO-RECTAL CANCER IN MALLORCA

Since 1982 and at the headquarters of the Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears in the city of Mallorca, a record has been kept of cases of cancer of the colon and rectum among the population. This register is sponsored by Consell Insular de Mallorca and it covers the island of Mallorca. For the first time, several aspects are described and published of its first 28 months in operation, during which time 331 cases of colo-rectal cancer were collected. Information is given of its distribution as regards age and sex, of the time lapse between the appearance of symptoms and diagnosis its location, its extent, as well as its estimated incidence compared with that in other registers.

Emphasis is placed on the quality of the information listed. The possibilities and future developments of this kind of register are discussed.

Paraules clau: càncer colo-rectal, registre poblacional, Mallorca.

EL REGISTRO DEL CANCER COLORRECTAL DE MALLORCA

Desde enero de 1982 funciona, en el seno de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears en Ciutat de Mallorca, un registro poblacional de càncer colorrectal. Este registro es patrocinado por el Consell Insular de Mallorca y su ámbito de actuación es la isla de Mallorca. Se publican, por primera vez, algunos aspectos descriptivos de los primeros 28 meses de funcionamiento que han permitido recoger 331 casos de càncer colorrectal. Se indica la distribución por edades y sexo, el intervalo síntoma-diagnóstico, la localización, el grado de extensión, así como las tasas de incidencia, que se comparan con otros registros.

Es de subrayar la calidad de la información registrada. Se discuten las posibilidades y perspectivas de este tipo de registros.

Ann Med (Barc), 1986, 72:4-8

Introducció

Les Illes, en general, ofereixen un interès epidemiològic evident; hi ha un espai geogràfic i un grup de població ben definits. D'altra banda, el càncer de budell gros és una patologia relativament freqüent en el nostre medi i les mesures terapèutiques utilitzades en el seu tractament no han modificat gaire el pronòstic en els darrers temps.

Un registre de població permet conèixer les característiques de la patologia registrada en una comunitat determinada. D'altra banda, la informació acumulada pot servir de base per plantejar estudis de tipus analític o

d'intervenció. Per totes aquestes raons, a la Ciutat de Mallorca, en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, va sortir la iniciativa de començar el gener de l'any 1982 un registre de població de càncer colo-rectal. Aquesta iniciativa ha comptat amb el patrocini del Consell Insular de Mallorca i amb el suport de molts metges mallorquins, que han facilitat la informació pertinent sobre els malalts.

Publicam, per primera vegada, alguns resultats descriptius dels primers 28 mesos de funcionament del registre.

Material i mètodes

El sistema informatiu es basa en la recollida sistemàtica i completa de les dades pròpies d'un registre de població¹, com són: nom i llinatges, data de naixement, professió, adreça, província de naixement, mètode diagnòstic, histologia, localització, grau d'extensió i terapèutica. A més a més, es recullen algunes dades de tipus clínic com: símptomes, primer símptoma, data del diagnòstic i data del tractament. Es realitza un seguiment semestral dels casos del registre.

Es registren els casos diagnosticats de càncer colo-rectal, a partir del gener de l'any 1982, d'aquells pacients que tenen la residència habitual a Mallorca. Així s'exclouen els malalts de les altres illes i els turistes. A la figura 1 es troben esquematitzades les vies d'informació

* Treball presentat en part al I Congreso Nacional de Oncología Médica.

** Grup d'Estudi del Càncer Colo-rectal: E. Benito, A. Obrador, J. Torrens, R. Brines, M. Mulet, J. Terrassa, A. Bassa, C. Constantino, S. Planas i M. Campillo. Assessors del Grup: F.X. Bosch (IARC, Lió) i P. Viladiu (Girona).

Institució patrocinadora: Consell Insular de Mallorca.

Entitats col·laboradores: Residència Sanitària Verge de Lluc (Son Dureta). Hospital General de Mallorca. Delegació Provincial d'Estadística. Departament de Bioestadística de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Serveis d'Anatomia Patològica: de la Residència Sanitària Verge de Lluc: J. Torralba i R. Canet; de l'Hospital General de Mallorca: J. Carbonero i P. Castro; particulars: M. Llompart i J. Mas.

Correspondència: E. Benito, Acadèmia de Ciències Mèdiques. Passeig Mallorca, 42. 07012 Ciutat de Mallorca.

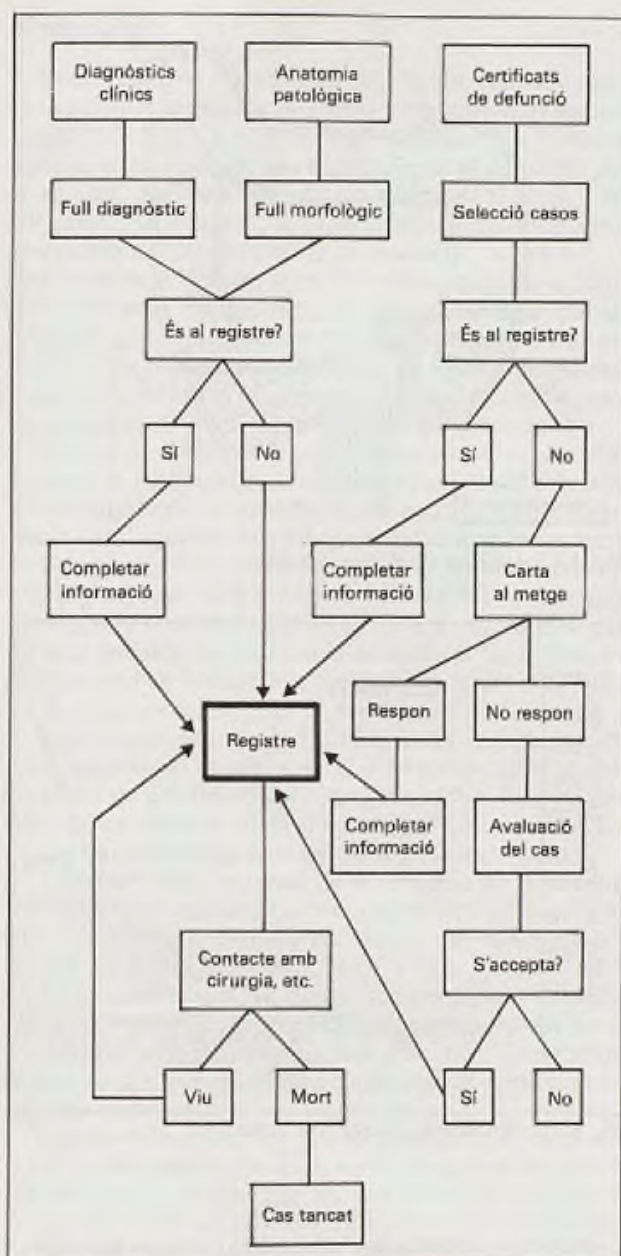


Fig. 1. Sistema informatiu del registre poblacional del càncer colo-rectal de Mallorca.

que nodreixen el registre. L'existència de només cinc laboratoris d'anatomia patològica així com la col·laboració de digestòlegs, cirurgians, oncòlegs i metges de capçalera ens permeten recollir la majoria dels casos. A una fitxa dissenyada expressament es recullen les dades de cada cas. Quan es fa una resecció s'omple una fitxa d'anatomia patològica on consta: el tipus histològic, el grau de diferenciació, el grau de penetració del tumor al budell, la presència de metàstasis ganglionars amb el nombre de ganglis afectats i si hi ha una altra patologia associada a la resta de la peça de resecció.

D'altra banda, es revisen mensualment tots els certificats de defunció de Mallorca amb la intenció de recollir els casos que no hagin arribat al registre per les altres vies d'informació i també per avaluar el seguiment dels casos registrats.

Cada cas, abans d'esser introduït al registre, és revisat per tal que la informació hagi estat recollida correctament i tan completa com sigui possible. D'aquesta manera evitam també duplicitats. Es considera la data del diagnòstic quan es fa la confirmació histològica. En els casos que no hi hagi diagnòstic histològic, es considera la data del diagnòstic clínic o radiològic. Quan un cas ha entrat en el registre se'n fa un seguiment semestral a través del metge que duu el malalt per conèixer-ne l'evolució. Tenim un esment especial a no interferir la relació metge-malalt i a respectar la confidencialitat de la informació.

Les dades que es presenten han estat elaborades pel Departament de Bioestadística de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i per al càlcul de les taxes s'ha utilitzat com a denominador les dades de població del darrer cens del març de l'any 1981. L'ajustament de taxes s'ha fet d'acord amb la població mundial proposada per Segi². S'ha avaluat així mateix la qualitat de la informació segons els criteris usats per l'OMS³.

Resultats

El període analitzat va des del gener de l'any 1982 al mes d'abril de l'any 1984. Durant aquest temps s'han registrat 331 casos nous de càncer colo-rectal a Mallorca. La distribució segons el sexe i l'edat, així com l'edat mitjana es troba a la figura 2.

El primer símptoma per ordre de freqüència que han presentat els malalts d'aquesta sèrie es pot veure a la taula I. Un 1 % dels casos s'han diagnosticat incidentalment sense cap símptoma.

S'ha estudiat el retard símptoma-diagnòstic. A la figura 3 es recull aquest interval. A l'histograma es pot obser-

TAULA I
Freqüència del primer símptoma

	(%)
Rectorràgia	26,3
Dolor abdominal	22,1
Diarrea	18,3
Estrenyiment	11,2
Obstrucció intestinal	4,8
Síndrome tòxica	4,8
Anèmia	2,9
Tenesme rectal	2,6
Canvi ritme intestinal	2,2
Melenes	0,6
Apendicitis	0,3
Altres	2,9
Cap símptoma	1,0

TAULA II
Extensió del càncer colo-rectal en el moment del diagnòstic

	Malaltia localitzada (%)	Afectació regional (%)	Metàstasis (%)
Mallorca	44,5	28,7	27,4
Côte d'Or ⁴	46	29,2	24,8
Estats Units ⁵	43	29	26

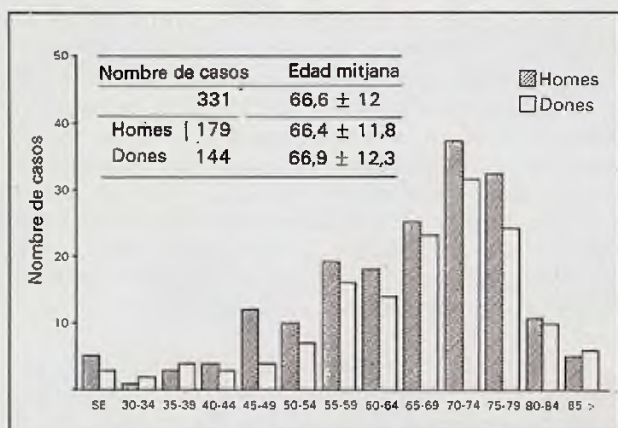


Fig. 2. Distribució per edat i sexe dels casos (SE indica els casos sense edat registrada.)

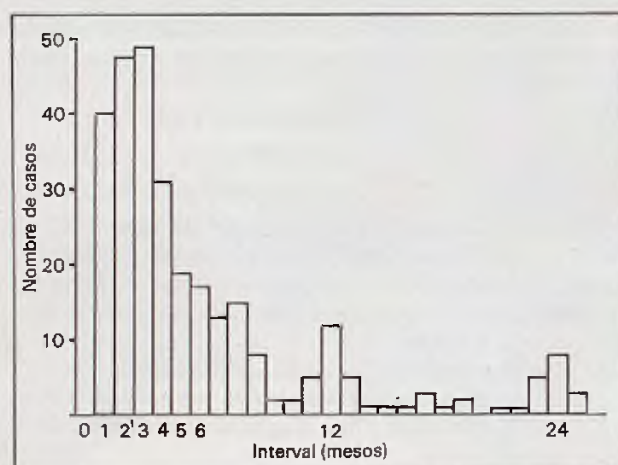


Fig. 3. Distribució dels casos segons l'interval entre el primer símptoma i el diagnòstic.

var que devers la meitat dels casos han estat diagnosticats dins els tres mesos de presentació dels símptomes.

Hem avaluat el grau d'extensió en el moment del diagnòstic dels casos amb aquesta informació, que són un poc més del 80 %. A la taula II es mostra el grau d'extensió i es compara amb una sèrie francesa recent⁴ i una altra dels Estats Units⁵. Com es pot veure, a un 28,7 % dels casos hi ha afectació ganglionar i a un 27,4 % hi ha metàstasis a distància en el moment del diagnòstic.

S'ha analitzat la localització del tumor primari que segueix la distribució de la figura 4 on s'observa un important agrupament de casos al recte i recte-sigma. No s'han trobat diferències significatives en la localització entre els homes i les dones.

Hem calculat les taxes d'incidència bruta per 100.000 habitants/any, i les específiques per edat i sexe que es troben representades a la figura 5. A la taula III hi ha les taxes ajustades per edat a la població total per 100.000 habitants i any segons la localització, còlon o recte, i segons el sexe. Els resultats es presenten conjuntament amb els d'altres registres de l'Estat espanyol.

A la taula IV es recullen els casos amb confirmació histològica, els entrats pel certificat de defunció i els perduts en el seguiment. Aquestes dades serveixen com a criteris de qualitat del registre i es comparen amb els criteris d'altres registres.

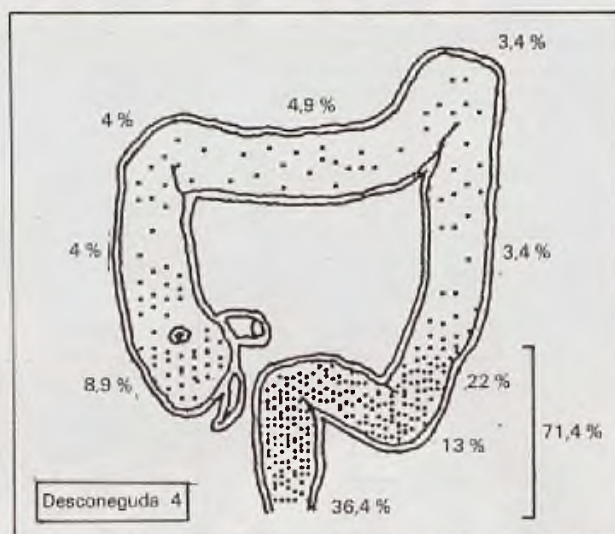


Fig. 4. Localització anatómica dels casos.

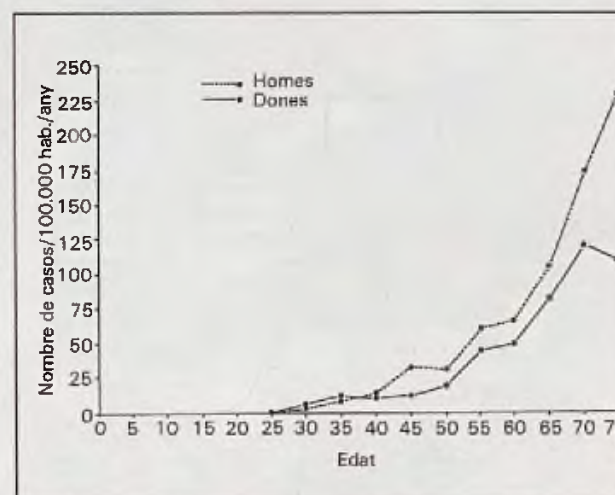


Fig. 5. Incidència ajustada per edat i sexe.

TAULA III
Incidència ajustada per localització i sexe de diferents registres

	Còlon		Recte	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Saragossa (73-77)	6,6	6,4	6,2	5,2
Navarra (73-77)	10,9	8,6	9,5	6,0
Tarragona (80-82)	10,4	8,4	10,8	8,9
Mallorca (82-83)	12,6	9,2	8,1	4,5

TAULA IV
Criteris de qualitat de diferents registres*12

	Confirmació histològica (%)	Certificats de defunció (%)	Perduts en el seguiment (%)
Mallorca	94,3	0,9	6,9
Connecticut*	91,5	1,5	
Cali*	80,5	1,5	
Navarra*	54	30,5	
Saragossa*	60,5		

Discussió

Dels 331 casos registrats, el 55,6 % corresponen a homes i el 44,4 % a dones, essent aquesta diferència significativa ($p < 0,05$). L'edat mitjana dels malalts de la nostra sèrie es troba entre les que habitualment es descriuen per a aquesta neoplàsia i que oscil·la entre els 53,5⁶ i els 70 anys⁴. No hem trobat diferències significatives entre l'edat mitjana dels homes i la de les dones.

Les sèries publicades sobre la simptomatologia del càncer colo-rectal habitualment són hospitalàries ja que els registres de població no recullen aquestes dades. Globalment, per a totes les localitzacions, els primers símptomes més freqüents són la rectorràgia i el dolor abdominal, que es presenten en el 26 i 22 % dels casos respectivament.

Pel que fa al retard diagnòstic s'utilitzen diferents conceptes a la bibliografia. Així, algun autor⁷ el defineix com el temps superior a les sis setmanes entre el primer símptoma i el diagnòstic. Nosaltres ens referim al temps entre el primer símptoma i el diagnòstic. A vegades aquest interval s'expressa com a mitjana aritmètica⁸, però creiem que és més correcte expressar-ho com a mediana, ja que és una variable de distribució asimètrica. En el registre poblacional de Mallorca la mediana de retard diagnòstic és de tres mesos.

Com es pot veure a la figura 3, hi ha un agrupament dels intervals al voltant dels 12 i 24 mesos, que rompen la corba de distribució del retard diagnòstic. Pensem que això és un artefacte propi d'un estudi retrospectiu on les dades s'arrodoneixen de vegades en períodes anuals.

En relació amb l'extensió de la neoplàsia en el moment del diagnòstic, les xifres són molt semblants a les publicades anteriorment, d'una llarga sèrie d'un registre de població de Côte d'Or de França⁴ i dels Estats Units⁵. Aquesta darrera sèrie és constituïda per 22.882 casos del període 1960-1973. Crida l'atenció que a aquestes àrees occidentals amb sistemes sanitaris diferents i potser grups ètnics no homogenis, el grau d'extensió de la malaltia sigui tan semblant.

Segons Pelayo-Correa⁹, les comunitats que tenen risc baix de patir càncer de còlon tenen un excés d'incidència al còlon dret, mentre que les comunitats de risc elevat tenen un excés de càncer localitzat al còlon esquerre. A Mallorca la localització que predomina és la del còlon esquerre. La diferència de localització segons el sexe no ha estat significativa en la nostra sèrie, encara que hi ha autors que sí que l'han trobada en els seus malalts⁹.

Les taxes d'incidència específica per edat es mantenen més elevades pels homes a tots els grups. D'altra banda, es pot observar un increment en l'edat de les taxes per als homes, mentre que per a les dones les taxes d'incidència per grups d'edat augmenten fins als 70 anys i posteriorment disminueixen. Aquesta qüestió roman pendent d'una explicació verificable, encara que es pot formular la hipòtesi que a Mallorca les dones de més de 70 anys tenen una assistència sanitària deficient que possiblement impossibilita el diagnòstic d'aquesta patologia i, per tant, hi ha un subregistre de casos en aquestes edats. Aquest fet, el de la disminució de la taxa d'incidència en les dones grans, també s'ha comprovat en els registres de Tarragona¹⁰ pel càncer de budell gros i pel càncer de mama al de Girona¹¹.

Les taxes ajustades per edat ens permeten la comparació amb les d'altres registres (taula III) i, deixant de banda

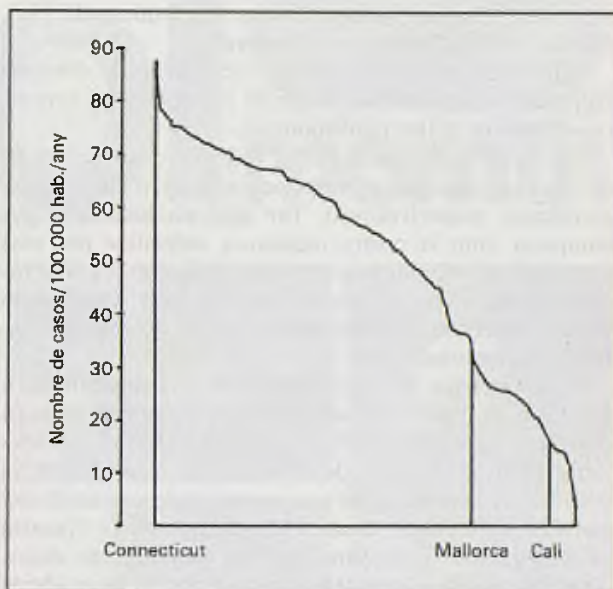


Fig. 6. Incidència ajustada de diferents registres poblacionals¹² (còlon i recte, ambdós sexes).

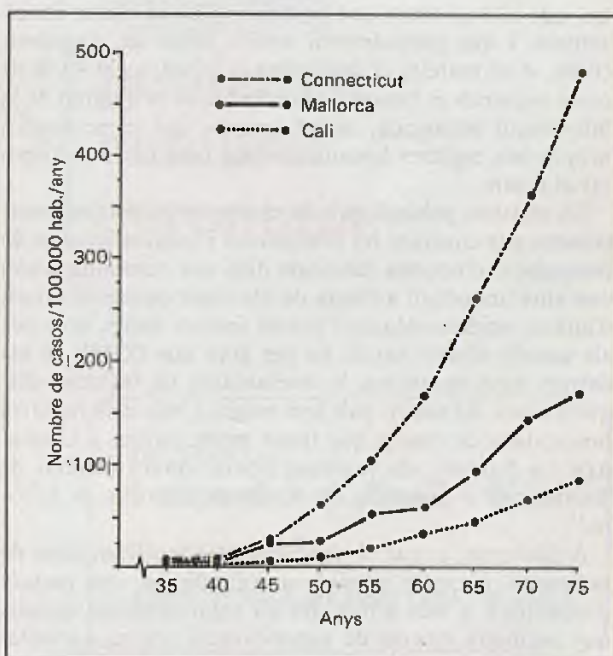


Fig. 7. Incidència ajustada per edat de: Connecticut, Mallorca i Cali (Colòmbia).

que hi ha cinc anys de diferència entre les xifres obtingudes per nosaltres i les de Saragossa i Navarra, en primer lloc destaca, aparentment, que Mallorca té la incidència més alta de càncer de còlon tant per als homes com per a les dones dels quatre registres poblacionals d'Espanya; contràriament, les taxes d'incidència del càncer de recte són més baixes que a Tarragona i Navarra. Probablement aquesta paradoxa s'explica per les possibles diferències en els criteris en considerar com a colònica o rectal una neoplàsia situada a la unió recto-sigmoide. D'aquesta manera, si considerem el càncer de budell gros segons el sexe a Mallorca, presenta una taxa ajustada per 100.000 habitants/any de 20,7 per als homes, tot just da-

rrera de Tarragona amb 21,2 i per a les dones de 13,7, inferior a les de Tarragona i Navarra.

A la figura 6 hem ordenat les incidències de diferents registres poblacionals de càncer de colòn i recte i hem situat Mallorca al lloc corresponent.

Els registres de Connecticut i Cali són dos registres de qualitat reconeguda; corresponen a àrees d'alta i baixa incidència, respectivament. Per això els hem triat per comparar amb la nostra incidència específica per edat d'ambdós sexes, com es pot veure a la figura 7. L'alta incidència de vells, a Connecticut, ha estat assenyalada com a sorprenent, i possiblement indica un interès diagnòstic excepcional.

El percentatge de casos confirmats histològicament a Mallorca és d'un 94 %; aquesta xifra és la més elevada d'Espanya (Navarra: 54 %, i Saragossa: 60 %) ¹², comparable amb el registre de Connecticut, que arriba al 91,5 % ¹². A més a més, el percentatge de casos entrats per certificat de defunció és de 0,9 %, mentre que a Navarra és de 30,5 % ¹², i de Saragossa no disposem de dades. Aquests dos índexs permeten afirmar que les taxes obtingudes a Mallorca són una informació fiable, sense el biaix possible dels diagnòstics clínics erronis, encara que pot ésser, donat el poc temps de funcionament del registre, que hi hagi casos que no han arribat al nostre coneixement, i que possiblement només tenen un diagnòstic clínic. Així mateix, el seguiment complet en el 93 % de casos registrats és també un bon índex de la qualitat de la informació obtinguda, essent aquesta una característica pròpia dels registres hospitalaris que hem pogut incorporar al nostre.

Els registres poblacionals de càncer serveixen fonamentalment per conèixer les dimensions i característiques de presentació d'aquesta patologia dins una comunitat i són una eina important a l'hora de plantejar qualsevol estudi d'anàlisi epidemiològica i també forneix dades útils per als estudis d'intervenció. És per això que l'OMS en els darrers anys recomana la implantació de registres d'aquest tipus. Al nostre país han sorgit, a més dels registres hospitalaris de càncer que tenen molts centres a Catalunya i a Balears, els registres poblacionals: general de Tarragona ¹⁰ i l'específic de càncer de mamella de Girona ¹¹.

A Mallorca, ja que el registre només recull un tipus de neoplàsia, ha estat possible aprofundir en una partida d'aspectes i, a més a més, fer un seguiment dels malalts que permetrà estudis de supervivència segons variables diferents. Aquests tipus de registre són l'única manera d'obtenir informació acurada sobre aspectes, tant epidemiològics com clínics, que permeten definir grups de risc elevat i conèixer bé els factors pronòstics d'aquestes malalties, així com l'evolució en el temps de la incidència i l'avaluació de les mesures d'intervenció que es planifiquin. Aquestes raons, creiem que justifiquen l'esforç que suposa mantenir aquest sistema informatiu.

Resum

Des del gener de l'any 1982 funciona en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, a la Ciutat de Mallorca, un registre poblacional de càncer colo-rectal. Aquest registre gaudeix del patrocini del Consell Insular de Mallorca i l'àmbit d'actuació és l'illa de Mallorca. Es publiquen per primera vegada alguns aspectes descriptius dels primers 28 mesos de funcionament que ha permès recollir 331 casos de càncer colo-rectal. Se n'indica la distribució per edats i sexe, l'interval símptoma-diagnòstic, la localització, el grau d'extensió, així com les taxes d'incidència bruta i ajustada, que es compara amb la d'altres registres.

Es de subratllar la qualitat de la informació registrada i es discuteixen les possibilitats i perspectives d'aquest tipus de registres.

Bibliografia

1. MacLennan R, Muir C, Steinitz R, Winkler A. Cancer registration and its techniques. IARC Scientific Publications n.º 21. Lió, 1978.
2. Segi M, Kiriara. Cancer mortality for selected sites in 24 countries, n.º 4 (1962-1963). Departament of Public Health. Tohoku University, Japó, 1966.
3. Muir CS, Waterhouse J. Comparability of data and reliability of registration. Waterhouse J, Shanmugaratnam K, Muir C, Powell J, ed. Cancer incidence in five continents. Lió IARC Scientific Publications 1982; 42:55-64.
4. Faivre J, Milan C, Hillon P, Boutron MC, Michiels R, Klepping C. Incidence, traitement et survie des cancers digestifs dans le département de la Côte d'Or (1976-1980).
5. Lillian M, Axtell MA, Azdyce J, Asire MS, Max H, Myers PH D. Cancer patients survival. Report number 5. US Department of Health. National Cancer Institute. Bethesda, Maryland, 1976.
6. Eisenberg E, Decosse JJ, Harford F, Michalek J. Carcinoma of the colon and rectum: the natural history reviewed in 1.704 patients. Cancer 1982; 49:1.131-1.134.
7. Robinson E, Mohilever J, Ziorn J, Sapir. Delay in diagnosis of cancer. Possible effects on the stage of disease and survival. Cancer 1984; 54:1.454-1.460.
8. Mate Jiménez J, Rodríguez S, Pajares Garcia JM. Demora diagnòstica en el carcinoma de colòn y recto: estudio prospectivo entre 1978 y 1982. Rev Esp Enf Ap Digest 1984; 66:307-310.
9. Haenzel W, Correa P. Epidemiology of large bowel. A: Correa P, Haenzel W, eds. Epidemiology of cancer of the digestive tract. La Haya, Martinus Nijhoff Publishers, 1982; 85-126.
10. Borrás J, Creus J, Calbet J et al. El càncer a Tarragona 1980-1981. Estudi epidemiològic mitjançant un registre de tumors d'àmbit provincial. Associació Espanyola contra el càncer. Tarragona, 1984.
11. Beltran M, Roca R, Bosch FX, Viladiu P, Campillo M, Alabern C. El càncer de mama en dones a les comarques de Girona. Gasetta Sanitària 1984; 3:143-148.
12. Waterhouse J, Shanmugaratnam K, Muir C, Powell J. Cancer incidence in five continents. Volume IV. IARC Scientific Publications n.º 42, Lió, 1982.